Spostrzeżenia z kazuistyki chirurgicznéj.

Podał

Dr. H. Schramm,
operator we Lwowie.

I.

Wypiłowanie szczęki górnéj. Zastosowanie uciskadła Mikulicza.

Przed dwoma laty opisałem w *Gazecie Lekarskiéj* (Nr. 22, 24 z r. 1884) kilka przypadków z kliniki prof. Mikulicza, w których po operacyi raka języka użyto do zatamowania krwotoku z bardzo dobrym skutkiem uciskadła Mikulicza i wtedy nadmieniłem, że narzędzie to może być także zastosowane przy krwotokach z szczęki górnéj. W ostatnich czasach nadarzyła mi się sposobność użycia wspomnianego uciskadła, a ponieważ i w tym przypadku narzędzie, lubo cokolwiek inaczéj użyte niż podał prof. Mikulicz, oddało mi znakomite usługi, przeto ośmielam się przypadek ten podać do wiadomości kolegów, aby w danym razie mogli doświadczenie moje potwierdzić.

Przypadek, o którym mowa, był pokrótce następujący: Ksiądz P., liczący lat 46, zgłosił się do mnie w dniu 18 lipca b. r. podając, że przed 7 miesiącami utworzył mu się koło zepsutego zęba w szczęce górnéj wrzód, który mimo usunięcia chorego zęba, płukania ust i lapisowania nie goił się, lecz stale lubo powoli się rozszerzał. Przy badaniu znalazłem miejscowo stan następujący: Po stronie prawéj w szczęce górnéj brak wszystkich zębów z wyjątkiem siecznych, cały wyrostek zębowy zajęty przez wrzód, który ku tyłowi sięga cokolwiek na podniebienie miękkie, ku wewnątrz zajmuje prawie połowę podniebienia twardego, ku zewnątrz

właszcza w tylnéj swéj części przechodzi na błonę śluzową policzka, a ku przodowi sięga aż do kła. Wrzód zbity, twardy, dno brodawkujące, wycięty kawałeczek przedstawia pod drobnowidem wybitną budowę rakowatą.

Chory zgodził się na operacyję, do któréj przystąpiłem d. 24 lipca przy łaskawéj asystencyi Dra Wehra i Barącza. Operacyja polegała oczywiście na wycięciu częściowém szczęki górnéj. Krwotok tak przy prowadzeniu cięć skórnych podług Langenbecka, jak i przy wydłutowaniu kości był znaczny. Przy wycinaniu wyrostka *pterygopalatinus* trysnęla krew z trzech znaczniejszych gałęzi tętnicy szczękowéj górnéj; dwie z nich leżące z boku podwiązano, trzeciéj, znajdującéj się w głębi *fossa pterygopalatina*, nie można było ująć w kleszcze, zatamowano więc krwotok przez wypełnienie jamy gazą jodoformową. Po wycięciu zwyrodniałéj błony śluzowéj policzka zespojono dokładnie ranę skórną, a całą jamę powstałą po wyjęciu nowotworu wypełniono szczelnie paskami gazy jodoformowéj. W 10 minut potém zaczęła się sączyć z ust krew dosyć obficie. Pod uciskiem palca położonego na gazę jodoformową krwotok wprawdzie ustał, po zaprzestaniu ucisku jednak wracał na nowo. Aby zapobiedz dalszéj utracie krwi postanowiłem założyć uciskadło Mikulicza, przekonałem się jednak wkrótce, że zastosowanie tego przyrządu w ten sposób, jak to polecił prof. Mikulicz i jak to opisałem w *Gazecie Lekarskiéj* (l. c.), t. j. aby po zdjęciu ruchoméj peloty założyć wąskie ramie narzędzia do nosa, było niemożebne, raz dla tego, że po wprowadzeniu jednego ramienia do nosa oczywiście po stronie zdrowéj, nieoperowanéj nie można było wywrzeć ucisku w żądanym kierunku, gdyż ramiona narzędzia stały skośnie do siebie, a powtóre ucisk na dolną ścianę jamy nosowéj był dla chorego tak bolesny, że go nie mógł znieść nawet przez kilka minut. Poradziłem więc sobie w ten sposób, że założyłem na głowę opaskę i za jeden jéj zwój założyłem ramię narzędzia opatrzone pelotą ruchomą tuż ponad łukiem jarzmowym, drugie zaś ramię owinięte gazą jodoformową wprowadziłem w jamę ustną, w miejsce zkąd się krew sączyła. Po zamknięciu na-

rzędzia krwotok ustał natychmiast. Narzędzie przymocowane następnie opaską krochmalną leżało bardzo dobrze przez 36 godzin, nie przeszkadzało choremu w połykaniu, a po wyjęciu go krwotok już się nie pojawił. W miejscu gdzie leżała pelota na skórze były ślady silnego ucisku (dowód, że narzędzie dobrze działało), które jednak po 24 godzinach bez dalszych następstw przeminęły.

Dalszy przebieg leczenia był bardzo pomyślny. Rana skórna zgoiła się zupełnie *per primam*, chory połykał płynne pokarmy sam już od pierwszego dnia, ciepłota ani razu nie doszła do 38°. W 7 dni po operacyi wyjęto część gazy z rany, resztę usunięto dnia 10 a zakładano tylko tampony z waty owiniętéj pojedyńczą warstwą gazy jodoformowéj. Tampony te zamykały komunikacyję między jamą ustną a nosową tak dobrze, że chory połykał zupełnie dobrze, a mowa wcale wyraźna nie miała prawie nic dźwięku nosowego. W 16 dni po operacyi chory odjechał do domu z raną czystą, brodawkującą i poleceniem zgłoszenia się po 5 tygodniach w celu wstawienia sztucznéj szczęki.

W przypadku tym postępowanie byłoby bardzo utrudnione, gdybym nie miał pod ręką wspomnianego narzędzia. Musiałbym był bowiem albo wyjmować tampony z rany i miejsce krwawiące podwiązać, coby było naraziło chorego i tak już dość osłabionego na nową utratę krwi, a skutek i tak był wątpliwy; albo musiałbym był podwiązać tętnicę dogłowową *(carotis communis)* a zatém wykonać drugi zabieg operacyjny sam przez się nieobojętny; albo wreszcie wykonywać ucisk palcem przez kilkanaście godzin, rzecz już w klinice bardzo mozolna a w praktyce prywatnéj prawie nie do przeprowadzenia. Uciskadło Mikulicza oszczędziło mi tych wszystkich kłopotów, spełniło swe zadanie bardzo dobrze, a zważywszy, że oddaje ono często takie same nieocenione usługi po wycięciu raka języka, zatém po wypiłowaniu szczęki dolnéj i po upartych lub gwałtownych krwotokach po wycięciu migdałków, możemy powiedzieć, że narzędzie to powinniśmy mieć w pogotowiu ilekroć przystępujemy do jednéj z tych operacyj.

II.

Resekcyja osteoplastyczna Mikulicza przy bardzo znaczném zniszczeniu stopy.

Do niezbyt jeszcze licznéj statystyki osteoplastycznéj resekcyi stopy podług Mikulicza dołączam następujący przypadek, który z kilku względów zasługuje na obszerniejszą wzmiankę.

J. P., izraelita z Buczacza, lat 28 liczący, opowiada, iż przed rokiem zaczęła mu obrzmiewać stopa lewa w stawie skokowym; w kilka miesięcy potém przybył do Lwowa, gdzie mu wykonano wyłyżeczkowanie kości skokowéj i piętowéj, a w kilka tygodni potém z raną nie zupełnie zgojoną pojechał do domu. Tutaj jednak stan jego się pogorszył. Stopa obrzmiała znaczniéj a obok rany pooperacyjnéj utworzyło się kilka owrzodzeń. Z tego powodu przybył chory powtórnie do Lwowa, a badając go w dniu 21 maja b. r. znalazłem stan następujący: Indywiduum nędznie odżywione, skóra blada. W górnym placie płuca prawego z tyłu przytłumienie odgłosu wypukowego aż do grzebienia łopatki, w témże miejscu dość liczne drobne rzężenia, tętno 96—108, ciepłota dochodzi do 39°. Stopa lewa w okolicy stawu skokowego obrzmiała. Obrzmienie sięga na 4cm. ponad kostki, a ku dołowi aż do podstawy kości śródstopia. Koło kostki wewnętrznéj znajduje się blizna sina obok niéj wrzód wydzielający rzadką serowatą ropę, drążący do kości. Koło kostki zewnętrznéj wrzód wielkości czworaka, a obok niego 3 mniejsze owrzodzenia wszystkie prowadzące do obnażonych i rozmiękłych kości. Odległość między wrzodem zewnętrznym a wewnętrznym, czyli szerokość mostka zdrowéj skóry na grzbiecie stopy wynosi zaledwie 5cm. Ruchy w stawie skokowym mało bolesne, przyczém słychać tarcie obnażonych kości, ruchy w stawie Choparta bardzo bolesne. W moczu białka nie ma. Na proponowaną przez kilku kolegów amputacyję podudzia chory żadną miarą zgodzić się nie chciał, zezwolił jednak na przedstawioną mu resekcyję osteoplastyczną i do

operacyi téj przystąpiłem 25 maja br. przy łaskawéj pomocy Drów Ziembickiego i Wehra.

Operacyję wykonałem podług znanych zasad, z tą tylko różnicą, że z powodu znacznéj rozległości zmian chorobowych cięcie górne wypadło 5cm. ponad kostki, dolne zaś przez podeszwę przechodziło od zewnątrz tuż za wyrostkiem 5 kości śródstopia, od wewnątrz zaś na 2cm. naprzód od wyrostka kości łódkowéj. Cięcie kostne wypadło również znacznie niżéj, tak, iż zamiast przechodzić przez kość łódkową i sześcienną, musiałem z powodu gruźliczych zmian w kościach klinowych przejść aż na podstawę kości śródstopia, a i te z powodu tłuszczowego zwyrodnienia były tak miękkie, iż można je było przekroić nożem. Mostek skóry na grzbiecie stopy był również bardzo wąski, wynosił bowiem ledwie 5cm., na szczęście jednak okolica tętnicy była zdrowa. Po wycięciu mas gruźliczych, co się dało łatwo i dokładnie uskutecznić, zespojono ranę 4 szwami płytkowemi i kilku jedwabnemi. Powierzchnie kostne (od dołu 5, od góry 2) stykały się z sobą dokładnie, stopa miała położenie dobre, palce wygięte do kąta prostego. Po stronie zewnętrznéj pozostała z powodu znacznego ubytku skóry szpara na $^1/_2$cm. szeroka a na $1\,^1/_2$cm. długa, która nie dała się zamknąć; w szparę tę wprowadzono gruby sączek, drugi cieńszy założono po stronie przeciwnéj, a po pokryciu rany opatrunkiem jodoformowym ułożono odnogę na szynie tak, iż palce stały pod kątem prostym i umocowano ją opaską organtynową.

Nadmieniam tutaj, iż po zdjęciu opaski elastycznéj nie krwawiło nic z obwodowego końca stopy. W kilka minut jednak potém krążenie się wyrównało, palce nabrały barwy różowéj, a w linii cięcia potrzeba było nawet założyć kilka podwiązek.

Przebieg gojenia był zupełnie pomyślny, bezgorączkowy. Pierwszy opatrunek zdjęto po 8 dniach, wyjęto oba sączki, przytém zauważono, iż u podstawy palca dużego i w środku linii szwu znajdują się dwa miejsca zgorzelinowe wielkości czworaka. Drugi opatrunek po dniach 14. Wyjęto szwy pły-

tkowe i głębokie jedwabne. Rana zupełnie *per primam* zgojona aż do miejsca, gdzie leżał sączek zewnętrzny i gdzie, jak to wspomniałem, brzegi skóry po operacyi się nie schodziły, i tutaj jednak rana czysta, zdrowo brodawkuje. Kości nie widać. Miejsca zgorzelinowe suche i jak się przekonałem zgorzel zajmowała tylko powierzchowną warstwę skóry.

Po dalszych 14 dniach rana była zupełnie zgojona, usunięto więc szynę, na której odnoga dotychczas leżała, a założono opatrunek organtynowy podtrzymując palce w nadaném im położeniu prostopadłém za pomocą taśmy z forniru. W 3 dni potém, t. j. w niespełna 6 tygodni po operacyi, chory zaczął chodzić o kuli, a gdy w 10 dni potém założono mu odpowiedni but ze szynami mógł chory chodzić z jedną tylko laską przez kwadrans bez zmęczenia. Kości połączone były ze sobą zbitą tkanką łączną, tak że istniała w linii cięcia bardzo mała ruchomość, odnoga była o $2\frac{1}{2}$ cm. krótsza od zdrowéj. Stan ogólny i stan płuc pozostał ten sam co przed operacyją, z tą różnicą, że chory nie gorączkował.

Nie mam zamiaru rozwodzić się nad zaletami powyższéj operacyi, zostały one powszechnie uznane; operacyja zajęła stałe miejsce między zabiegami chirurgicznemi, zdaje mi się jednak, że nie bywa ona jeszcze tak często wykonywaną, jakby na to zasługiwała. Powodem tego jest, jak sądzę, iż chorzy z pruchnieniem kości w stopie, a ta choroba jest najczęściéj wskazaniem do wspomnianéj operacyi, zgłaszają się późno do lekarza. Przypadki takie jednak, jak wyżéj opisany, przekonywają, że operacyja jest możebną do wykonania i daje dobry wynik nawet tam, gdzie i kości klinowe są już schorzałe. Nadto ważne jest i to, że obecność zmian chorobowych w płucach nie stanowi bezwzględnego przeciwwskazania do resekcyi osteoplastycznéj. W przypadkach takich wykonywa się zwykle amputacyję podudzia, jako operacyję najprostszą, potrzebującą najmniéj czasu do wygojenia i dającą rękojmię, że wszystkie części chore zostają usunięte. Otóż resekcyja osteoplastyczna daje prawie takie same warunki, bo i usunięcie schorzałych tkanin jest możebne, a zagojenie się rany *per primam* bez ropienia jest tak samo

pewne jak po amputacyi. Wystąpienie ograniczonéj i powierzchownéj zgorzeli na części obrażonéj stopy nie stało zupełnie w związku z tém, że cięcia były prowadzone niżéj niż w przypadkach typicznych, gdyż jak wspomniałem wyżéj krążenie jeszcze przed zespojeniem rany zupełnie się wyrównało. Powodem jéj musiało być jakieś anormalne ułożenie naczyń a do przypuszczenia tego uprawnia i to, że w jednym przypadku, operowanym przez kol. Ziembickiego a przedstawionym na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego, wystąpiła znacznie rozleglejsza i głębsza zgorzel, mimo, że w przypadku owym cięcia wszystkie były prowadzone zupełnie typicznie. Zresztą zgorzel ta nie miała na przebieg rany i czas gojenia najmniejszego wpływu.

III.
Dwa przypadki wycięcia macicy przez pochwę *pince à demeure.*

Do licznego zastępu operacyj, które wprowadzenie swe do chirurgii lub przynajmniéj rozleglejsze zastosowanie w praktyce zawdzięczają postępowaniu przeciwgniluemu, należy także wycięcie macicy przez pochwę. W przeciągu kilku lat technika téj operacyi i leczenie następowe, dzięki pracom przeważnie niemieckich chirurgów i ginekologów, zostały doprowadzone do wysokiego stopnia, śmiertelność po téj operacyi zmniejszyła się bardzo znacznie i dziś wycięcie macicy przez pochwę zaliczyć można prawie do operacyj typowych. Mimo to operacyja ta należy jeszcze zawsze do rzadszych, w technice operacyjnéj zachodzić mogą jeszcze pewne odmiany, a nadewszystko ważna kwestyja co do częstości nawrotów raka po téj operacyi rozstrzygnięta być może jedynie na podstawie rozległéj kazuistyki; z tych więc powodów nie będzie może zbytecznym opis następujących dwóch przypadków.

1) M. B., lat 46 licząca praczka ze Lwowa, przybyła na lecznicę lwowską o poradę z powodu częstych krwotoków z pochwy, które wywołały w ciągu ostatnich tygodni znaczną niedokrewność i osłabienie. Z wywiadów dowie-

dzieć się można, że regularność zawsze była prawidłowa, chora odbyła dwa porody prawidłowe, ostatni przed 5 laty. Dotychczas czuła się zawsze zdrową, dopiero przed 8 miesiącami zauważyła obfitsze upławy, do których potém dołączyły się krwotoki, z początku tylko podczas regularności, następnie zaś nieregularnie i coraz częściéj występujące. Badanie wykazuje stan następujący: Osoba miernego wzrostu, stan odżywienia dość dobry, podściółka tłuszczowa obfita, skóra i błony śluzowe blade, płuca i serce zdrowe. Przy badaniu przez pochwę napotyka palec już w głębokości 5 cm. guz wypełniający prawie całą górną połowę pochwy. Guz ten twardy, o powierzchni rozpadłéj, łatwo krwawiący, zajmuje część pochwową macicy i daje się lubo z trudnością obejść palcem w około, tak iż można się przekonać, że sklepienia pochwy są zdrowe, *parametrium* lewe wydaje się cokolwiek naciekłe, lubo tego z powodu wielkości zwyrodniałéj części pochwowéj nie można na pewne rozstrzygnąć, trzon macicy duży, macica dosyć ruchoma.

W dniu 19 czerwca rb. przystąpiłem przy łaskawéj pomocy Drów Barącza, Jany, Sielskiego, Wehra i Ziembickiego do operacyi z zamiarem wyłuszczenia, jeżeli to tylko będzie możebném, całéj macicy. Już samo okrojenie błony śluzowéj na około części pochwowéj przedstawiało znaczne trudności z powodu wielkości guza w pochwie. Nie mniéj trudne było podwiązywanie prawego *parametrium*, gdyż tylko z wielkim mozołem można było wsunąć palec i potrzebne narzędzie między guz a ściany pochwy. Gdy wreszcie operacyja postąpiła o tyle, że zostało otwarte *cavum Douglasii* udało się ściągnąć macicę ku dołowi przynajmniéj o tyle, że część guza była na zewnątrz pochwy, poczém otwarłem otrzewnę na przedniéj ścianie macicy, podwiązałem resztę więzadła szerokiego prawego i część górną lewego. Ponieważ operacyja trwała już blisko dwie godziny, ponieważ podwiązanie reszty lewego *parametrium* w obec istniejących trudności musiałoby było zająć jeszcze dużo czasu a chora była już osłabiona, przeto założyłem pod przewodnictwem palca na pozostałe lewe *parametrium* mocne kleszcze Péana i kil-

koma cięciami nożyczek uwolniłem macicę od reszty połączeń. Po rozszerzeniu pochwy hakami, wytarto ranę wacikami zmaczanemi w 1% rozczynie sublimatu i wypełniono ją paskami gazy jodoformowéj, uważając na to, aby i tkanki ujęte w kleszcze były dokładnie pokryte gazą. Chorą przeniesiono na łóżko i pod kolana podłożono grubą poduszkę.

O przebiegu pooperacyjnym nie wiele mam do powiedzenia, był on tak pomyślny, jak sobie tego tylko życzyć było można. Ciepłota nie doszła ani razu do 38°, tętno wachało między 84 a 96. Przez pierwsze dwa dni brzuch był cokolwiek wzdęty i wystąpiły kilkakrotne wymioty. Przypady te jednak ustąpiły po odejściu wiatrów przez wprowadzoną rurkę odbytnicową. W 36 godzin po operacyi odjąłem ostrożnie kleszcze, siódmego dnia wyjęto część gazy jodoformowéj, resztę zaś usunąłem dnia 10 po operacyi. Podwiązki odeszły w ciągu dni 14 a w 3 tygodnie po operacyi operowana zaczęła chodzić. Przy codziennném przestrzykiwaniu rozczynem kwasu salicylowego i zawiesiny jodoformu w glicerynie rana w pochwie goiła się tak szybko, że po 4 tygodniach pozostał tylko płytki lejek zajmujący szczyt pochwy z podstawą wielkości 4-centówki, a w 10 dni później rana była zupełnie zabliźniona.

Główną trudność przy operacyi w tym przypadku stanowiła wielkość nowotworu (długość macicy wynosi po dwumiesięcznem leżeniu w spirytusie 11 cm. a obwód części pochwowéj 17 cm.). Można wprawdzie było myśleć o tém aby dla ułatwienia operacyi odciąć część pochwową i potém wywrócić i ściągnąć trzon macicy. Zaniechałem tego z 2ch względów, po pierwsze przekonałem się po otwarciu jamy Douglasa, że trzon macicy był tak duży, że wywrócenie go i ściągnięcie byłoby bardzo trudne a może całkiem niemożebne; od prób zaś w tym kierunku wstrzymał mię przypadek operowany przez prof. M i k u l i c z a, w którym trzon macicy również nie dał się ściągnąć a przytém został tak pokaleczony haczykami, iż prof. M i k u l i c z wykonał natychmiast laparotomiję, do téj zaś operacyi nie byłem przygotowany. Z drugiéj zaś strony pozostawiona część pochwo-

wa pozwalała przynajmniéj na mocne ściągnięcie ku dołowi, do czego najlepiéj posłużyła mi założona pętla odgniatacza drutowego, gdyż haki ostre przy mocném naciąganiu wyrywały się z dość kruchéj tkaniny.—Bardzo dobre usługi oddało mi założenie kleszczy na lewe *parametrium* i pozostawienie ich *à demeure* przez co skróciła się operacyja przynajmniéj o pół godziny, kleszcze nie sprawiały choréj prawie żadnych dolegliwości, a po wyjęciu ich w 36 godzin późniéj krwotoku już całkiem nie było, tak długo trwający ucisk kleszczami w połączeniu z uciskiem gazy jodoformowéj leżącéj w pochwie wystarcza więc do stałego zaczopowania tętnicy maciczuéj.

---

2) Drugi przypadek tyczył się kobiety 46 letniéj, u któréj wywiady wykazują co następuje: Regularność wystąpiła w 17 roku życia, była zawsze prawidłowa, 3 porody zupełnie prawidłowe. Przed 2 laty pojawiły się upławy, bóle w krzyżach i obfite krwotoki i z tego powodu poddała się przed $1\frac{1}{2}$ rokiem jakiejś operacyi prawdopodobnie wyłyżeczkowaniu. W kilka miesięcy potém dawne objawy wróciły, w ostatnich czasach krwotoki stały się obfitsze i chora coraz bardziéj podupadała na siłach. Przy badaniu jéj w dniu 10 lipca br., znalazłem stan odżywienia bardzo nędzny, budowa wątła, podściółki tłuszczowéj bardzo mało, skóra i błony śluzowe blade, płuca zdrowe, serce funkcyjonuje prawidłowo, w tętnicach obwodowych miażdżyca dość znacznego stopnia. Badanie przez pochwę wykazuje prawie zupełny brak części pochwowéj macicy a na jéj miejscu wrzód przechodzący na pochwę zwłaszcza na tylne sklepienie. Macica mała, ruchoma; gruczoły limfatyczne nigdzie niepowiękzone.

Po zwykłych przygotowaniach, tj. po kąpielach, wystrzykiwaniu pochwy rozczynem sublimatu 1‰ i zakładaniu gazy jodoformowéj, przystąpiłem w dniu 15 lipca rb. do operacyi przy łaskawéj pomocy prof. Czyżewicza, Drów Błotnickiego, Jany i Sielskiego. Po wprowadzeniu wziernika do pochwy ujęto małemi kleszczami Museauxa tylną i przeduią wargę macicy wraz z częścią zdrowéj błony

śluzowéj pochwy, przez co uniknięto wyrywania się kleszczy z kruchéj tkanki nowotworowéj. Po okrojeniu błony śluzowéj na 1 cm. od granic nowotworu oddzieliłem palcami macicę od części otaczających, a po odsunięciu pęcherza ku przodowi otwarłem otrzewnę na przedniéj ścianie i przez ten otwór ściągnąłem mały trzon macicy bardzo łatwo ku dołowi. Przy podwiązywaniu jednak więzadeł szerokich natrafiono na niespodziane trudności, gdyż krucha tkanka rwała się przy rozdzielaniu jéj zupełnie tępemi kleszczami, a tętnica maciczna była bardzo mocno pokręcona i miażdżycowo zwyrodniała, tak iż musiano ją kilkakrotnie osobno podwięzywać, co się oczewiście nie obyło bez pewnéj utraty krwi i czasu. Przy przecinaniu ostatniego pasma z *parametrium* prawego trysnęła krew silnym strumieniem w skutek zesunięcia się lub przecięcia obwodowéj podwiązki. Gdy mimo silnego skręcenia macicy krwotok nie ustał, zatrzymano go tymczasowo przez ucisk gazą jodoformową, a ponieważ lewy jajnik i trąbka były już poprzednio podwiązane, przeto ująłem lewe *parametrium* silnie w kleszcze, poczém krwotok natychmiast ustał, jako dowód, że pochodził on jedynie z obwodowego końca prawéj tętnicy macicznéj. Przeciąwszy tkanki ujęte w kleszcze tuż koło macicy, dokończyłem operacyi, która trwała pięć kwadransy. Ranę całą wypełniono gazą jodoformową, którą obwinięto także i kleszcze leżące w pochwie, i chorą mało osłabioną przeniesiono na łóżko. Przebieg po operacyi był tak samo jak w poprzednim przypadku zupełnie pomyślny i bezgorączkowy. Chora nie wymiotowała ani razu a małe wzdęcie brzucha ustąpiło z końcem drugiego dnia po odejściu wiatrów przez wprowadzoną rurkę odbytnicową.

U choréj téj pozostawiłem kleszcze w pochwie znacznie dłużéj, wyjąłem je bowiem dopiero z końcem 3 dnia po operacyi, obawiałem się bowiem, aby ze zwyrodniałéj tętnicy nie nastąpił krwotok. W 8 dni po operacyi wyjęto część gazy, resztę usunięto we dwa dni późniéj. Podwiązki w liczbie 7 odeszły do dni 18, a z końcem trzeciego tygodnia po ope-

racyi zaczęła chora chodzić. Stan jéj odżywienia poprawił się znacznie.

Zwracam uwagę na doskonałe usługi, jakie w obydwu przypadkach oddały mi kleszcze Péana. Zapewne lepiéj i pewniéj jest jeżeli oba *parametria* podwiąże się *lege artis* w przypadkach jednak takich, jak oba opisane, w których chodzi o szybsze dokończenie operacyi można sobie oszczędzić zakładania pewnéj części podwiązek, pozostawiając kleszcze *à demeure.* Rozumie się samo przez się, że kleszcze te muszą być dosyć silne, pewne i zupełnie czyste, aby leżąc w ranie czas dłuższy nie spowodowały w niéj niebezpiecznego ropienia. W mych przypadkach kleszcze nie sprawiały chorym żadnych dolegliwości.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego".

Kraków 1886. — Drukarnia Uniw. Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.